

# ¿Por qué la APS no se consolida como ordenadora del sistema de Salud?

**Por Mauricio Monsalvo**

[m.monsalvo@gmail.com](mailto:m.monsalvo@gmail.com)

Político (Univ. de MORÓN), cursó la Maestría en Metodología de la Investigación Social (UNTREF/BOLOGNA), es Magíster en Epidemiología en Salud Pública (FIOCRUZ) y excoordinador del Programa REMEDIAR

Este texto ha sido elaborado en el marco del Programa de Investigación Aplicada en Políticas Sanitarias (PIAPS) de la Universidad ISALUD de Argentina y la FIOCRUZ de Brasil, integrado por Marcelo Rasga Moreira, José Mendes Ribeiro, Martín Langsam, Mauricio Monsalvo y Mariano Fontela. También aportaron comentarios a este texto Ginés González García, Federico Tobar y Alejandro Costa

Han pasado 40 años desde la Declaración de Alma-Ata. Es un tiempo suficiente para evaluar ya no solo planes de gobierno –y si no son expresos, al menos sus programas–, sino políticas de Estado o incluso estrategias globales. La propia consolidación de la democracia en América Latina puede evaluarse en un período menor: varios países no han cumplido aún 40 años sin golpes de Estado. Durante estas cuatro décadas, la Atención Primaria de la Salud (APS) ha sido considerada la estrategia central y la política con mayor nivel de consenso para expandir los servicios de salud en la agenda global. La legitimidad de la Atención Primaria es tal que los conceptos fundamentales declarados en Alma-Ata cuadran por igual en la doctrina de la previsión social que acuñó el Peronismo hasta en las últimas revisiones de los organismos de financiamiento internacional, pasando por el castrismo cubano o por el consenso de Washington, con la misma naturalidad por la que pasa por experiencias africanas o reformas de la medicina tradicional en países del Lejano Oriente.

Sin embargo, lo primero que debe consignarse es que este consenso no consiguió cumplir la meta “Salud para Todos en el año 2000” fijada en aquella Conferencia. Luego, desde la Organización Mundial de la Salud se la destacó como una vía para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En la Declaración de Buenos Aires 30-15 de 2007, a 30 años de Alma-Ata, la APS fue reafirmada como la estrategia clave y esa misma tesis se sostuvo con plena vigencia en los Ob-

jetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)<sup>1</sup>. Vale decir entonces que la estrategia se sostiene a pesar de que los objetivos se postergan y que “la situación de salud de gran parte de la humanidad es deplorable y no goza de una atención de salud integral, equitativa o ni siquiera básica”<sup>2</sup>.

Pese a un aparente consenso en el discurso sanitario, los sistemas de salud continúan operando de forma predominante bajo el modelo curativo hospitalo-céntrico (OPS, 1998; Tobar, 2004) y con fuertes inequidades (Cetrángolo et al, 1998, 2018; Giovanella, 2002). En términos políticos, la APS no participa como prioridad de la agenda política, institucional ni mediática. Si acaso lo hace, entonces no ha sido una prioridad de los científicos sociales desarrollar métodos que permitan compilar evidencia suficiente para demostrarlo (Kringos et al. 2014). La elevada consideración que tiene la salud en el seno familiar tampoco parece relacionada en absoluto con la APS como política pública. Suele entristecer a muchos sanitaristas que la promoción de la salud no gane elecciones: no forma parte de las preocupaciones centrales de campaña, ni de las plataformas electorales, ni de las de gobierno. El trabajo goza de la misma consideración en las familias. Y, por el contrario, en las plataformas electorales se “operacionaliza” en estrategias asimilables: fortalecer las economías regionales, promover las pequeñas y medianas empresas y apuntalar la obra pública son eslóganes usuales en las plataformas electorales.

## Resultados sanitarios

Una primera respuesta a este dilema es que la APS no es una estrategia que asegure resultados sanitarios. Pero la evidencia nacional e internacional aseguran que esta hipótesis no es sostenible. Esto aun sabiendo que las políticas sociales son en teoría fáciles de evaluar: son malas cuando no logran sus objetivos. Una rápida mirada a los resultados sanitarios obtenidos en los últimos 40 años permite postular que son satisfactorios. El estado de salud general de la población mejoró: la esperanza de vida aumentó y la mortalidad infantil disminuyó, a pesar de que la variación fue muy desigual entre regiones, sobre todo por problemas de equidad en el acceso y la calidad de la atención. La complejidad del pastel causal que explica estos dos fenómenos dificulta a la literatura cien-

tífica atribuirlo a la implementación de una estrategia basada en la Atención Primaria. Sabemos que tiene que ver, pero es difícil probarlo. Algo similar sucede cuando la dimensión evaluada es la equidad: existe poca evidencia disponible respecto a una relación directa entre desigualdad socioeconómica y fortaleza de la Atención Primaria. Solo algunos estudios sugieren que el acceso puede reducir desigualdades económicas en salud, sin que se haya confirmado esta hipótesis en el nivel internacional (Kringos et al, 2014). Por otro lado, los análisis internacionales muestran que una Atención Primaria fuerte está asociada con mejoras en la salud de la población y con menores tasas de hospitalizaciones evitables. Las iniciativas basadas en APS en países de ingreso medio y bajo han demostrado mejorar el acceso a cuidados de la salud, incluyendo a los grupos más vulnerables, a costos razonables. Finalmente, en algunas experiencias la APS ha probado ser una plataforma efectiva incluso para fortalecer al propio sistema de salud (Kruk et al. (2010).

Quizá la forma correcta de la pregunta no es si la Atención Primaria genera resultados, sino cuál o cuánta APS los asegura. Esta digresión es oportuna, porque a pesar del referido consenso global sobre las virtudes de esa estrategia, a la hora de implementarla este consenso se diluye y aparecen diferencias sustanciales (Ase & Burijovich, 2009)<sup>3</sup>. En Latinoamérica, estas diferencias se explican en el contexto de las reformas y ajustes estructurales iniciados hacia finales de la década del 70 y profundizados en los 90, que comportaron la descentralización tanto de la provisión como de la financiación de los servicios de salud. Las tendencias de este proceso, originado principalmente en la crisis fiscal, han sido la desconcentración, la devolución y la privatización (García Delgado, 1997). Luego de que las crisis sociales evidenciaran las dificultades de las estructuras existentes para dar respuesta a los incrementos en la demanda, durante los últimos años en varios países se iniciaron procesos de fortalecimiento de la estructura del Primer Nivel de Atención orientados a implementar la APS. Se crearon diversos programas verticales destinados a reformar el modelo de gestión y el modelo de financiamiento, en tensión con la premisa de “desmercantilizar al mínimo”, y siempre focalizados en los grupos

1 En particular, el ODS3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas en todas las edades.

2 Declaración de Buenos Aires 30-15: De Alma Ata a la Declaración del Milenio: Hacia una Estrategia de Salud para la Equidad, Basada en la Atención Primaria; 17 de agosto de 2007.

3 Los autores utilizan un enfoque de derecho a la salud y analizan la legislación sanitaria elaborada en la Provincia de Córdoba, señalando su sentido regresivo. Pero también indagaciones empíricas pueden demostrar estas diferencias comparando resultados entre distintas unidades de análisis (sectores, entre niveles de gobierno, regiones, países, etc) o bien en distintos momentos en el tiempo para las mismas unidades.

poblacionales más desprotegidos. Algunos de ellos, como el Programa Remediar, centraron sus acciones en el fortalecimiento de la oferta de servicios, entendiendo por esto a la jerarquización del Primer Nivel de Atención y el incremento de su capacidad resolutoria. Los resultados de estos programas fueron luego revisados a la luz de una crítica común: su baja integración con los niveles de mayor complejidad asistencial –y aparecieron entonces programas como Redes y Proteger, citando el caso argentino– y su excesiva fragmentación, que en ocasiones generarían incentivos contrapuestos o desincentivos para quienes trabajan en la frontera del sistema, o elevados costos de transacción –los más notorios de los cuales se evidenciaron por las ineficiencias de los sistemas de información que los soportan. Otros programas centraron sus acciones en el fortalecimiento de la demanda, a través de transferencias monetarias condicionadas que incorporaron, entre otras, contraprestaciones sanitarias. En ambos casos, los límites de las intervenciones se evidencian circulares: la crisis fiscal recurrente les hace perder peso específico y se convierten en variables de ajuste, sobre todo cuando los partidos populares pierden las elecciones y asumen el control del gobierno los de perfil neoliberal.

## Desempeño de la APS

Indagar sobre cuál o cuánta APS genera buenos resultados lleva a identificar los componentes que son cruciales para lograr un desempeño robusto de la estrategia. Incorporando un componente sistémico y utilizando una estructura relacional afín al Marco Lógico, *The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI)* propone que los componentes analíticos pueden organizarse como sistema, insumos o infraestructura (*inputs*), prestaciones de servicio (procesos), productos (*outputs*) y resultados (*outcomes*)<sup>4</sup>.

En este modelo, en el nivel *sistema* el principal indicador para evaluar la prioridad que tiene la APS es el peso de los fondos genuinos, es decir: en presupuestos sustentables. Es impreciso considerar la participación presupuestaria de la APS sobre el conjunto de las estrategias sanitarias, porque el costo de

ciertas líneas de cuidado distorsiona la cuenta. Pero si nos guiamos por la cantidad relativa y la sustentabilidad de los fondos asignados, es difícil sostener que la APS es la función central o el núcleo principal del sistema de salud, o que ejerce liderazgo o gobernanza sobre el resto del sistema. El esquema federal de distribución de responsabilidades, la distribución de la oferta y las capacidades diferenciales de gestión de los niveles subnacionales tienen implicancias decisivas sobre la objetivación de políticas sanitarias y la necesaria articulación entre servicios (Monsalvo, 2008). Del mismo modo, el régimen de implementación y los actores locales (Chiara, 2007) determinan diferencias importantes en la capacidad de respuesta y la cobertura de la red pública, en todos los niveles de atención (Repetto, 2001).

En términos de *productos*, la situación que se observa en los últimos 40 años es dispar. Puede sostenerse que la mejora en la cobertura de servicios está directamente relacionada con la disponibilidad de tecnologías sanitarias puestas al alcance de y aceptadas por las personas. Se destaca, con mucho, la cobertura de servicios eficaces, como las *inmunizaciones*: han mejorado significativamente y, en algunos casos, no distan mucho del 100%. Las acciones para alcanzar estos niveles pueden ser “de APS” por excelencia: son universales, constituyen prevención primaria, utilizan tecnologías seguras y aceptadas, implican el involucramiento de amplios actores comunicatorios, son registradas de manera estandarizada, entre otras características. Luego viene el suministro de un listado seleccionado de medicamentos esenciales para el Primer Nivel de Atención, estrictamente ambulatorio. La fragmentación del sistema de salud es responsable de que las familias afronten un alto gasto de bolsillo en medicamentos (65% y 72% del total del gasto en salud, según se disponga o no de cobertura pública exclusiva), que además es fuertemente regresivo, porque pagan más quienes menos tienen. Si el Estado se retira, la situación se agrava. En los últimos años, la disponibilidad de medicamentos en CAPS para población con cobertura pública ha disminuido, el gasto de bolsillo crece al ritmo inflacionario o más (se estima que alcanza el 30% del gasto total en salud en 2017: 14% vía seguros privados o medicina prepaga y 16% por gasto directo<sup>5</sup>), la cobertura disminuye al ritmo del desempleo o del empleo en negro

4 El marco conceptual que se utiliza es el propuesto por la *The Primary Health Care Performance Initiative PHCPI*, en su documento *Methodology Note* (2015), porque sintetiza y sistematiza adecuadamente la discusión sobre desempeño de la APS con la mayor actualización empírica disponible. Se destaca que esta propuesta reconoce que el desempeño de la APS se encuentra dentro de un sistema de salud más amplio, que a su vez se encuentra dentro de contextos políticos, culturales, demográficos y socioeconómicos más amplios.

5 Estimaciones propias realizadas a partir de datos de ACAMI, ADECRA e INDEC. IIE de la Bolsa de Comercio de Córdoba. Los valores son consistentes con los presentados por Cetrángolo & Goldschmit (2018: 5) y, de igual modo que señalan los autores, debe ser tomado como indicativo.

(9,1% en el primer trimestre del 2018) y baja el acceso en población con cobertura y financiamiento (las ventas en el canal farmacia cayeron en unidades 0,6% en 2017 respecto a 2016 y más en lo que va de 2018 (IMS-IQVIA, 2018), pese a que se incrementó en el orden del 20% la facturación en pesos para el mismo período. Además, tanto para el PAMI, que explica entre el 35% y el 40% del mercado de medicamentos en Argentina (San Martín *et. al.*, 2017), como para IOMA, se observan retrocesos preocupantes en la cobertura de medicamentos ambulatorios para el período 2015-2018 (Cañas *et. al.*, 2018)<sup>6</sup>.

Respecto a los resultados en materia de *salud neonatal e infantil* (destacándose el control de la diarrea, en menor medida la anemia, etcétera), *reproductiva* (controles prenatales) y *sexual* (destacándose PAP y Colpo), el control de algunas *enfermedades infecciosas* (baciloscopias) y el diagnóstico temprano de *enfermedades crónicas* (la toma de tensión arterial, la espirometría), una mirada a los indicadores de cobertura o de desempeño por programa permite entender en parte la dificultad para definir cadenas causales: la información está fragmentada por tipo de cobertura (Casos de TB detectados y tratados), muchas veces es de baja calidad (mujeres elegibles entre 25 y 64 años edad con al menos un screening de cáncer de cuello uterino de acuerdo al protocolo), o de plano no existe (cantidad de casos atendidos por profesional sanitario, porcentaje de precisión del diagnóstico o tratamiento indicado o adecuación a las guías clínicas).

En *enfermedades no transmisibles*, sobre todo hipertensión y diabetes, los resultados no son tan claros. No sólo por la propia dificultad para asignar causalmente los resultados o los productos a la implementación de la APS, sino por la propia dificultad para saber si hubo avances.

En material de *salud mental y cuidados paliativos y para la tercera edad* (gerontología), los avances son mínimos. Las problemáticas que se engloban en el concepto Salud Mental son epidemiológicamente críticas para el personal de salud, porque incluyen los problemas en forma de adicciones (desde psicofármacos hasta juego, con fuerte énfasis en alcoholismo y drogodependencia) y conllevan violencia en todas las formas imaginables (desde doméstica hasta simbólica, con énfasis en violaciones y en violencia física). La falencia prin-

cipal del sistema de respuesta es, en principio, técnica: la escasa formación del personal de salud para abordar estas problemáticas en el contexto local. Se presentan dificultades tanto en el manejo de la crisis como en la prescripción de medicamentos, la prevención primaria y la reinserción social de las personas afectadas y su entorno familiar.

En *Cuidados Paliativos* (CP), lo que existe es un vacío. Epidemiológicamente es crítica la prevalencia de personas que cursan Enfermedades con Riesgo de Vida en Estadio Avanzado (ERVEA) en una población que envejece, sin red de contención social o bien que hace colapsar la red existente por la magnitud del problema. Se destacan entre estas el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las respiratorias, las hepáticas, las renales y el VIH/SIDA. La declinación clínica progresiva afecta a las personas en el plano físico, psíquico, emocional y social; pero también y sobre todo al entorno familiar, si existe, que sufre además trastornos en su vida cotidiana, desde lo emotivo hasta lo laboral y –siempre de manera directa– lo económico. Solo considerando el cáncer, se estima que unas 100.000 personas requieren este tipo de cuidados. Actualmente, sólo accede entre 1% y el 5% de los pacientes que lo necesitan, sobre todo en los estratos de población con mayor capacidad adquisitiva (Remediar, 2016). La mayoría de nuestra población no tiene acceso adecuado a CP, lo que se traduce en sufrimiento innecesario y en perjuicios económicos. La disponibilidad y la accesibilidad todavía son limitadas en parte porque la mayoría de los servicios de CP se encuentran en los centros de atención de segundo y tercer nivel de complejidad. La cantidad de camas es limitada y los prestadores privados, tanto ambulatorios como de internación, son onerosos. Si bien debe mejorarse la naturaleza de la estrategia, está claro que se basa en el tratamiento del dolor en forma terapéutica, garantizando el acceso al tratamiento farmacológico, que consiste principalmente en la prescripción racional de INFA y opioides. Es importante considerar que aproximadamente el 70% de las personas que requieren cuidados paliativos pueden ser tratados en forma ambulatoria. Luego, el Primer Nivel de Atención se torna protagonista. Si esta aproximación se realiza de manera integrada con la problemática del cuidado gerontológico, que es una de las principales causas de internaciones “sociales” –como se suele nombrar a los ancianos que quedan ingresados tanto en servicios hospitalarios como en Centros de Atención Primaria que cuentan con camas de internación–,

6 La retracción en las ventas al PAMI explica entre uno y dos puntos de la caída de la demanda de medicamentos que ya fue del 6% hasta junio y que para Ecolatina en el acumulado del año oscilará en el 0,8% interanual, comparado con 2017, que ya fue un año muy malo, con una retracción del 26%.

puede lograrse una cierta escala que aborde el problema y, nuevamente, fortalezca la capacidad de respuesta del Primer Nivel de Atención, mejore el funcionamiento de las redes de atención, ordenando la demanda, asegurando el uso eficiente de los recursos disponibles y solucionando un problema que la oferta padece a diario.

Por último, en materia de *promoción de la salud y prevención de enfermedades*, hasta los propios indicadores flaquean. Solo pueden destacarse mejoras en materia de tabaquismo y uso de cinturón de seguridad, según revela la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

La *prestación* de servicios (procesos) también muestra disparidades varias. La accesibilidad al primer contacto es robusta en Argentina, pero la continuidad y la integralidad de los cuidados no, así como tampoco la coordinación entre servicios de complejidad creciente. Las experiencias de programas recientes lo demuestran: Nacer, Remediar y Redes tuvieron los mismos problemas con distintas tecnologías. En este punto –con la Declaración de Alta-Ata en la mano– debe destacarse la dimensión comunitaria: las personas siguen aceptando más las colas en la madrugada de los hospitales que las facilidades de los Centros de Salud. El recurso humano existe, la tecnología está, la estructura física está, la accesibilidad geográfica y financiera son elevadas... sin embargo, un porcentaje alto de la población parece no aceptarlo. A pesar de la similitud en las tasas de ausentismo y los problemas de motivación de los prestadores, parece claro que el hospital presupone mejores competencias, brinda mayor seguridad y en definitiva más confianza que los centros de salud. En nuestras latitudes, cuesta sostener que esta elección de los ciudadanos se deba a que los hospitales “trabajen” el vínculo con la comunidad, se organice la atención en equipos o estén enrolados o alineados con las prioridades de la comunidad. La explicación del fenómeno debe ser otra.

En la dimensión vinculada con la *estructura* o los sistemas de apoyo, el escenario es similar. La disponibilidad de medicamentos y suministros básicos presenta mejoras, con disparidades y discontinuidades. En el contexto actual de ajuste fiscal de Argentina, hasta las vacunas que parecían “blindadas” presentan retrocesos, sea bajo la forma de disminución del calendario o bajo la forma de impericias en el suministro (licitaciones que se demoran, logística insuficiente, etcétera). La infraestructura de las instalaciones mejora, pero no puede sostenerse que todos los CAPS cuenten con luz, agua potable

y cloacas. No siempre es un problema de los CAPS en sí, sino también de las geografías donde se emplazan: afecta por igual a los servicios de salud como a las casas de familias. El personal sanitario padece las fragmentaciones del sistema en su conjunto en las modalidades de contratación y pago, los esquemas de incentivos verifican limitantes importantes y la motivación parece la mejor herramienta disponible. Ajustado por los avances y la accesibilidad de las tecnologías de la información al año 2018, el estado general de los sistemas de información es paupérrimo. Por último, la disponibilidad de fondos es limitada, sobre todo por la función salarial y los incentivos, ya sea a las organizaciones como a las personas. El punto vinculado con el capital humano de la APS merece un párrafo aparte. La disponibilidad cuantitativa existe y *a priori* es satisfactoria en Argentina. El sector salud es responsable por el 2,6% de la tasa de empleo del 42,4% del primer semestre de 2018 en el total de los 31 aglomerados urbanos que mide la EPH. Solo entre medicina y enfermería, en 2016 totalizaban 365.331 personas trabajando en salud. A ellos deben sumarse obstetras y parteras, odontólogos, nutricionistas, kinesiólogos, psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos, trabajadores sociales, farmacéuticos y técnicos en Farmacia, bioquímicos y técnicos de laboratorios, radiólogos, agentes sanitarios y administrativos, entre otros. En total, los servicios sociales y de salud explican el 6% del empleo en Argentina<sup>7</sup>. Algo más de 700.000 personas. Además, es un capital políticamente significativo el grado de compromiso con la APS que muestra el personal de salud del Primer Nivel, que es el eslabón crítico y que emplea aproximadamente al 11% de esa fuerza de trabajo (Remediar, 2007).

Desde la política pública, se han registrado avances importantes en materia de incentivos y de calidad. Los programas de incentivos muestran resultados intermedios prometedores, pero sujetos a la sustentabilidad presupuestaria. El principal problema parece ser cuando el Estado como empleador aparece más preocupado por asegurar el presentismo y por evitar el doble pago por puesto, que en coordinar un abordaje más sistémico que ponga énfasis en el rol y las funciones que asigna al personal clave. Así, termina enviando médicos –tanto como maestros y policías– en soledad, a lidiar con problemas claves para la sociedad, sin respaldo adecuado, sin protocolos (o con protocolos absurdos), sin medios para

<sup>7</sup> De acuerdo a datos de la EPH de 1° trimestre de 2018, correspondientes a la composición de la tasa de empleo según rama de actividad, publicados por el INDEC.

solucionarlos, e incluso sin capacidad para garantizarles su seguridad. Existe además un desincentivo claro cuando un agente trabaja en un sistema al que no le ve ninguna racionalidad, en especial porque trabajar bien o mal no altera el resultado sanitario ni retributivo, o si percibe indiferencia cuando en el consultorio, en el aula o en el patrullero de al lado priman el ausentismo, el robo o cualquier forma de corrupción cotidiana.

## A modo de cierre

Tras 40 años, ni uno solo de los puntos de la Declaración de Alta Ata ha perdido vigencia. El breve repaso ensayado hasta aquí sobre el estado de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud pone sobre la mesa que los principales problemas no están en los principios, ni en cambios significativos del ambiente o las causas, sino en la forma de diseñar, implementar y hacer sustentables las políticas públicas. Los derroteros en las formas de lidiar contra la pobreza y la exclusión que han tenido los gobiernos en las últimas cuatro décadas han profundizado las inequidades en toda la región. Y los sistemas de salud no han sido capaces de evitar la reproducción de estas inequidades, por dificultades para pensar políticas públicas

coordinadas intersectorialmente o bien por insuficiencia sectorial para promover la inclusión social y la reducción de la pobreza, la igualdad de oportunidades y el desarrollo de las capacidades de las personas y sus comunidades para el trabajo, el deporte y la cultura.

El repaso sobre el desempeño de la Atención Primaria demuestra que todas sus potencialidades y oportunidades siguen vigentes, sobre todo para luchar contra la pobreza y garantizar la integridad y continuidad de los cuidados primordiales a lo largo de toda la vida de las personas. Nuestro desafío, hoy más que nunca, es asegurar un ejercicio político que movilice los recursos del país y use los recursos externos de forma racional. Y la racionalidad se garantiza cuando la equidad, la universalidad y la solidaridad son los principios rectores de los sistemas y las políticas de salud y desarrollo. Cuanto más nos alejamos de estos principios, porque se fragmentan las coberturas y las prestaciones, porque se estratifica por capacidad de pago de los ciudadanos, porque se profundizan los subsidios cruzados que financian innovaciones con efectos clínicos marginales, o porque las personas pierden el derecho a planificar el cuidado de su salud en manos de poderes oscuros y retrógrados, más difícil resulta alcanzar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de los pueblos.

## Doce puntos básicos para articular una propuesta política

**1** La principal debilidad del sistema argentino es la falta de **equidad** por la estratificación de los usuarios en cuanto a cobertura y espectro de prestaciones, conforme con su capacidad de pago. *Es necesaria una propuesta que contemple la generación de equidad.*

**2** La fragmentación del sistema es responsable por el financiamiento cruzado o bien permite la extensión de los **subsidios cruzados** en la inversión en salud. *Es necesaria una propuesta que convierta esta realidad en una oportunidad para asegurar flujos de financiamiento hacia servicios de alto rendimiento sanitario (los “buenos” CAPS).*

**3** En un marco federal, las **relaciones intergubernamentales** se basan en el reconocimiento permanente de la autoridad central. La federación surge de un pacto entre estados iguales que reconocen la necesidad de una autoridad central en quien delegar funciones. Para que esta autoridad sea sustentable, el pacto debe ser re-creado y confirmado de forma permanente. *Es necesaria una propuesta que ponga al COFESA en el centro de la escena.*

**4** El **andamiaje financiero** del sistema (seguridad social, seguros privados, gasto de bolsillo, subsidios y presupuestos) tiene costos de transacción elevados. Si bien es cierto que con inversiones marginales adicionales

pueden implementarse buenos programas, también es cierto que ello requiere incrementar el total de recursos del sistema. En el escenario proyectado a 2020, parece poco factible plantear expansiones. *Es necesaria una propuesta que no implique un incremento significativo de los fondos, sino una asignación óptima, que supere el falso dilema “Primer Nivel contra hospitales y sanatorios”, que refleje más bien capturas corporativas de recursos.*

**5** El **carácter hospitalo-céntrico** del subsistema público debe ser atendido como problema a superar con pragmatismo, no como una barrera cultural. Los centros de mayor complejidad destinan gran parte de sus recursos y servicios al primer nivel de atención y los costos en que se debe incurrir para diseñar, implementar y evaluar un sistema federal de APS son altos. *Es necesaria una propuesta que penalice a los hospitales e incentive a los servicios del primero nivel a ocupar sus roles, al tiempo que asegure el financiamiento sostenido, vía suministros, tecnología e infraestructura adecuada (capacidad de respuesta), incentivos (carrera sanitaria y recupero de costos) y capacitación al personal (protocolos y universidades), y sistemas de información (monitoreo, contra-referencia y atención integral).*

**6** La **seguridad social y los seguros privados**, que alcanzan al 60% de la población menos vulnerable, presenta más problemas en las dimensiones financieras y jurídicas que en las sanitarias. Los resultados en salud son aceptables, pero las enfermedades empobrecen familias y enriquecen prestadores. *Es necesaria una propuesta que proteja a las familias de la ruina sin atentar contra el desarrollo de mercados allí donde estos resultan eficaces.*

**7** La sustentabilidad del sistema tiene dimensiones económicas y financieras, pero también jurídicas, entre ellas la judicialización de las prestaciones y la fragilidad que implica la vigencia de la **Emergencia Sanitaria** (DPEN 486/2002). *Es necesaria una propuesta que supere la emergencia sanitaria protegiendo el terreno ganado en los últimos años y garantizando la cobertura, el acceso y el financiamiento de toda la población a servicios y medicamentos esenciales.*

**8** La **tecnología** convirtió a los servicios de salud en meros ámbitos de aplicación de costosos tratamientos, dejando afuera la promoción y la prevención. Competir con el complejo médico-industrial para revertir esta tendencia se presupone inviable. Sin embargo, existen oportunidades para incorporar tecnologías probadas (sobre todo, diagnósticas) e innovaciones en gestión en el marco del Primer Nivel. *Es necesaria una propuesta que convierta (algunos) servicios en ámbitos de aplicación de la promoción y la prevención.*

**9** La fortaleza es que la **infraestructura pública** tiene una amplia capacidad para reducir las desigualdades sociales en salud, a pesar de su estado de deterioro. Junto con la seguridad social (incluyendo en ella al PAMI), constituyen el gasto solidario más fuerte desde el punto de vista redistributivo. *Es necesaria una propuesta que optimice el uso de los recursos públicos y escale el gasto de los dos subsectores (público y social), coherente con una propuesta de fortalecimiento de la oferta capaz de comprender o afectar los patrones de utilización de servicios por parte de la población.*

**10** El desarrollo y la consolidación de habilidades del **capital humano** es clave para la implementación de estrategias de reforma basadas en *quién hace qué*. Existen experiencias recientes de fuerte involucramiento y alta aceptación de ofertas de capacitación desarrolladas coordinadamente por el Ministerio de Salud pero implementadas por las universidades. Permiten reducir costos por cuestiones de escala, pluralidad y adecuación de abordajes a realidades regionales, y están desarrollados, aceptados y resultan expandibles al subsector de la seguridad social (en particular, al nivel provincial). *Es necesaria una propuesta que integre al proyecto de reforma al capital humano, asegurando la adecuación de las habilidades, la aceptación de una propuesta pedagógica de largo alcance y la coherencia de estas con la disposición de incentivos profesionales y salariales.*

**11** La **motivación** del personal de salud debe atender cuestiones de equidad y potenciar el prestigio público (en los hospitales) y la mística (en el Primer Nivel), sobre todo en términos de seguridad y calidad del empleo y de reconocimiento económico. *Es necesaria una propuesta que asegure una carrera sanitaria e incentivos económicos adecuados o ajustados a la producción de salud.*

**12** Los **temas ajenos a la agenda organizacional** (salud mental, adicciones, violencia y suicidios, cuidados gerontológicos y cuidados paliativos, remergencia de enfermedades infecciosas, problemas originados en el ambiente y reacciones adversas a medicamentos) permiten oportunidades de jerarquización del Primer Nivel y la consecuente consolidación de la EAPS. *Es necesaria una propuesta que asuma la agenda huérfana del sistema.*

## Referencias

- Ase I & Burijovich J (2009); La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud Colectiva
- Cañas M, Urtasún M, Venturini N, Prozzi G, Dorati C, Marín G, Trionfetti Cabral M, Mordujovich P & Buschiazio H (2018); Análisis de la Evolución de la Cobertura de Medicamentos en IOMA y PAMI 2008-2015; Resumen de Trabajo de Investigación presentado en Jornadas AES/AASP de noviembre de 2018.-
- Cetrángolo O & Devoto Fa (1998); Reformas en la Política de Salud en Argentina durante los años Noventa, con especial referencia a la Equidad; CECE; Serie de Estudios N° 27, Buenos Aires.
- Cetrángolo O & Goldschmit A (2018); Organización y Financiamiento de la Provisión de Salud por parte de la Seguridad Social en la Argentina; IIEP; Serie Documentos de Trabajo del IIEP N° 25, Marzo de 2018.-
- Chiara M. (2007); Gestión Local y Política Social en el GBA: Una mirada sobre el papel de los municipios en el tránsito de la crisis 2001/3; documento para ser presentado en el Seminario Internacional “Gobierno Local, pobreza e política urbana e social na América do Sul”.
- García Delgado D (1997); Hacia un nuevo modelo de gestión local. Municipio y Sociedad Civil en Argentina; FLACSO / Oficina de Publicaciones del CBC; Bs. As.
- Giovannella L, Vaitsman J, Escorel S, Magalhães R & Costa N (2002); Health and inequality: institutions and public policies in the 21st century; Revista Panamericana de Salud Publica, May-Jun 11(5-6), Washington,
- Izquierdo A, Pessino A & Vuletin G (2018); Mejor gasto para mejores vidas. Cómo América Latina y el Caribe puede hacer más con menos; IADB.
- Kringos DS, Boerma W, Van der Zee J & Groenewegen P (2014); Europe’s Strong Primary Care Systems Are Linked to Better Population Health, But Also To Higher Health Spending. Health Affairs, 686-694.
- Kroegel A & Luna R (1992); Atención Primaria de la Salud. Principios y Métodos.
- Kruk M, Perignon D, Rockers P & Lerberghe W (2010). The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle income countries: A critical review of major primary care initiatives. Social Science and Medicine, 904-911.
- Monsalvo M (2008); “La Gestión Local desde la mirada de un programa nacional: reflexiones desde el REMEDIAR”; en Chiara M & Di Virgilio M (Coord.); Gestión Local en Salud: Conceptos y Experiencias. Instituto del Conurbano de la Universidad Nacional de General Sarmiento.
- OPS (1998); Transformaciones del sector salud en la Argentina estructura, proceso y tendencias de la reforma del sector entre 1990 y 1997; Representación OPS/OMS en la Argentina, Buenos Aires.
- PHCPI: The Primary Health Care Performance Initiative (2015); Methodology Note
- REMEDIAR, Ministerio de Salud de la Nación (2007); Caracterización de los centros de salud del país. Texto digital.
- REMEDIAR, Ministerio de Salud de la Nación (2016); Enfermedades Oncológicas, Dolor y Cuidados Paliativos en el Primer Nivel de Atención/Unidad 2 Dolor y Cuidados Paliativos; Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud; Libro digital.
- Repetto F (2001); Descentralización de la Salud Pública en los Noventa; Mimeo elaborado por el Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad y Fundación Grupo Sophia; disponible en línea el 27 de octubre de 2009 en <http://gestion.iteso.mx/curriculum/Fabian%20Repetto.pdf>.-
- Roberts M, Hsiao W, Berman P & Reich M (2003). Getting Health Reform Right. New York: Oxford University Press.
- San Martín, M; Bisang, R & Luzuriaga, JP (2017); El Mercado de los Medicamentos en la Argentina; Centro de Estudios para el Cambio Estructural, accessible en línea en: <http://fcece.org.ar/wp-content/uploads/informes/medicamentosargentina.pdf>.
- Tobar F (2004); Políticas de Descentralización en Salud. Tesis Presentada ante el Doctorado en Ciencia Política; Universidad del Salvador, Buenos Aires.